

児童手当 受給事由消滅届

No. 記入例

柏市長あて

受給者番号	
宛名番号	

受付確認年月日

提出年月日

R 7・7・31

※太ワクの中をご記入ください

受給者 (養育者)	フリガナ	カシワ タロウ		生年月日	S・H 50・5・5
	氏名	柏 太郎			
	住所	柏市 柏5-10-1 TEL 04-7167-1595			
消滅した 受給事由 (該当する ものに○ を付けて ください。)		1. 受給者が日本国内に住所を有しなくなった 2. 受給者が他の市町村に転出した 3. 受給者が子どもと別居することとなった(単身赴任の場合を除く) 4. 未成年後見人でなくなった 5. 父母指定者でなくなった(子どもの生計を維持する父母等の帰国) 6. 子どもについて、次の事実が生じた ① 死亡した ② 監護しなくなった ③ 生計を同じくしなくなった ④ 生計を維持しなくなった ⑤ 日本国内に住所を有しなくなった(留学を理由とするものを除く) ⑥ 児童自立生活援助を受け、里親等への委託又は児童福祉施設等への入所若しくは入院した ⑦ その他() ⑦ その他(生計中心者の変更)			
6の場合における子どもの氏名					
消滅事由の発生した年月日		R 7 年 7 月 31 日			
1または 2の場合 記入して ください	変更後 の住所	〒 () 電話 ()			
	※支払希望金融機関の変更がある場合は下記に記入してしてください。				
	支払希望 金融機関名	金融機関コード		店番号	
		銀行 金庫 信組 農協 漁協	支店	口座 番号	(普)
	口座名義 (カタカナ)	※受給者と同一名義の口座にのみお振込み可能です。			

「認定請求書」の「届出年月日」と同
月の日付をご記入ください。